

CERTIFICAT MÉDICAL DE LA VISITE DE SANTÉ 5-6 ANS

Partie obligatoire, à remplir par le médecin

La visite médicale a eu lieu le :

Le statut vaccinal est à jour : Oui Non Incomplet

La vaccination contre la rougeole est à jour : Oui Non Incomplète

Autorisation parentale

- Oui, j'autorise le médecin traitant de mon enfant à transmettre les informations utiles au suivi de sa santé dans le cadre de l'école, **au service de santé scolaire uniquement.**
- Oui, j'autorise le médecin traitant de mon enfant à transmettre les informations utiles au suivi de sa santé dans le cadre de l'école, **au service de santé scolaire, au corps enseignant et à la direction.**
- Non, je n'autorise pas le médecin traitant de mon enfant à transmettre les informations ci-dessous sur sa santé.

Informations de santé utiles pour la scolarité, à remplir par le médecin :

Allergies / intolérances :

.....

Maladie chronique :

.....

Traitement médicamenteux (à long terme) :

.....

Particularités, précautions à prendre :

.....

Autres :

.....

Signature et timbre du médecin

Signature parentale

.....

.....

Ce document est à apporter ou à renvoyer dans une enveloppe fermée à l'adresse ci-dessous avant le

Service de Santé Scolaire

